DOSSIER D'INSCRIPTION

Séjour Cosy & English / Enfants de 6 à 10 ans / 7-12 février 2027

Liste des pièces à joindre à ce dossier :

- Fiche sanitaire de liaison **complétée** et **signée**
- Virement ou chèque bancaire à l'ordre "Chloé Michel E.I." de 50% du coût du séjour, soit 410€.

IBAN : FR76 1027 8021 2700 0218 7780 268 **BIC : CMCIFR2A**
Titulaire du compte : MICHEL CHLOE (EI)

IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GENRE :

INFORMATIONS DIVERSES

EST-CE UN PREMIER DÉPART EN SÉJOUR LINGUISTIQUE ? OUI NON

VOTRE ENFANT PARTICIPE-T-IL AU SÉJOUR AVEC FRERE, SOEUR, COUSIN.E OU AMI.E ? OUI NON

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE SÉJOUR LINGUISTIQUE ?

SITE WEB AUTRE SITE RÉSEAUX SOCIAUX ÉTAB. SCOLAIRE BOUCHE À OREILLE AUTRE:

IDENTITÉ DU / DE LA RESPONSABLE LÉGAL(E)

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE POSTALE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE 1 :

TELEPHONE 2 :

ADRESSE EMAIL :

DATE ET SIGNATURE :

Chloé Michel E.I. / 8 rue Abbé Aynard / 14170 Saint Pierre en Auge
06 50 40 31 91
chloemichel@mailo.com
enjoy-sejourslinguistiques.com

DOSSIER D'INSCRIPTION

Séjour Cosy & English / Enfants de 6 à 10 ans

Valeurs de l'entreprise :

Co-construction des séjours avec les jeunes

Sensibilisation aux valeurs universelles de paix, de solidarité, d'inclusion et d'ouverture

Respect de l'environnement, des animaux et des personnes

Esprit familial et bienveillant, avec accueil personnalisé si besoin

Important :

Ce séjour vise à encourager l'apprentissage de l'anglais en proposant une **immersion progressive dans la langue anglaise** : cela signifie que jour après jour, l'anglais est de plus en plus utilisé par l'équipe et par les participants.

Tous les **outils linguistiques** sont donnés par l'équipe pédagogique pour que chacun parvienne à cet objectif exigent d'utiliser des mots et des phrases en Anglais pour **s'exprimer dans la vie quotidienne**.

Ce séjour est aussi une **detox numérique**. Cela signifie qu'aucun objet connecté ou téléphone portable personnel n'est autorisé pendant le séjour.

Les jeunes peuvent vous contacter, et inversement, vous pouvez appeler le téléphone disponible sur site, à tout moment et à la fréquence souhaitée (dans la limite du raisonnable et de la disponibilité du directeur du séjour).

L'utilisation ou la présence d'un téléphone ou objet connecté personnel est un motif d'exclusion du séjour.

Après l'inscription, le **projet pédagogique** vous sera communiqué, ainsi que la **liste du matériel à emporter**, les **adresse** et **horaire** exacts de rendez-vous, et le **numéro de téléphone** du directeur.

Le projet pédagogique est le document officiel encadrant les actions de l'équipe pédagogique pendant toute la durée du séjour de votre enfant. Il est mis à jour pour chaque séjour afin de s'adapter aux besoins de chaque enfant et aux profils des membres de l'équipe.

DATE ET SIGNATURE :

Chloé Michel E.I. / 8 rue Abbé Aynard / 14170 Saint Pierre en Auge
06 50 40 31 91
chloemichel@mailo.com
enjoy-sejourslinguistiques.com

DOSSIER D'INSCRIPTION

Séjour Cosy & English / Enfants de 6 à 10 ans

Autorisations :

Droit à l'image / Transport / Soins médicaux en cas de nécessité

Je, soussigné(e) responsable légal.e de l'enfant

né(e) le

autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) **les prises de vues** : photos, vidéos, destinées à être publiées sur des supports de communication (journaux papier ou télévisés, réseaux sociaux, site web de l'entreprise Chloé Michel E.I. ...) ;

autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) **le transport** en voiture de mon enfant en cas de nécessité ou dans le cadre d'une visite culturelle ;

autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) **la réalisation de soins** médicaux par un professionnel de santé en cas de nécessité ou d'urgence ;

pendant la durée du Séjour immersif & Detox numérique organisé par l'entreprise Chloé Michel E.I du 7 au 12 février 2027.

Date

Signature du / de la responsable légal.e

Chloé Michel E.I. / 8 rue Abbé Aynard / 14170 Saint Pierre en Auge
06 50 40 31 91
chloemichel@mailo.com
enjoy-sejourslinguistiques.com

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :